Rok XXVII. Kraków, 5 Maja 1888. Nr. 18.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja. a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém** i **Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 14 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O zwyrodnieniu skombinowaném rdzenia pacierzowego.

Odczyt wygłoszony na Zjeździe internistów w Wiesbadenie d. 10 kwietnia 1888 r.

Przez Prof. Adamkiewicza.

Przed rokiem 1863 znana była tylko jedna postać wiądu rdzenia pacierzowego, która klinicznie przedstawiała zbiór charakterystycznych objawów najprzód przez Romberga i Duchennea opisanych, a następnie przez Westphala uzupełnionych. Do najważniejszych z nich należą: bóle rozpromieniające się, brak odruchów kolanowych (Westphal), uczucie ściągania w pasie, chwianie się przy zamkniętych oczach a w postawie stojącéj, t. z. atakstyczny chód wśród utrzymanéj siły mięśniowéj itd. Jako przyczynę anatomiczną téj choroby znaleziono schorzenie rdzenia pacierzowego ograniczające się do sznurów tylnych, t. z. szare zwyrodnienie tychże. W latach między rokiem 1863 a 1872 poznano inną postać wiądu. Mianowicie odkrył Friedreich tę postać téj choroby, którą nazwał „niezbornością dziedziczną“ i w krótkości tak ją opisał: Jestto choroba, którą się dziedziczy, najczęściéj nagabuje ona kilku członków téj saméj rodziny, i to nie tyle dorosłych ile raczéj młodszych w czasie dojrzewania; prowadzi do niezborności ruchów i równocześnie do utraty siły mięśniowéj. Czucia skory i t. z. czucia mięśniowego nie nadweręża wcale. Początek swój bierze w odnogach dolnych, posuwa się zwolna ku górnym a kończy się ciężkiemi upośledzeniami mowy, napadami zawrotów głowy i wierceniem gałek ocznych. Zmysłów wyższych nie dotyka wcale, a chorzy sami cieszą się usposobieniem weselszém, niżby tak ciężkiéj chorobie odpowiadało. Podstawą tych tak ciężkich objawów ma być, jak Friedreich mówi, ciężkie zajęcie rdzenia pacierzowego, a mianowicie choroba i zarazem pewne chorobowe usposobienie do téjże. Ostatnia polegać ma na niedostatecznym rozwoju rdzenia, a więc na małych rozmiarach tegoż w całości, zarówno jak i pojedynczych jego części składowych, nerwów.

Skłonność tę odnosi Friedreich do rozmiarów zbyt małych tak całego narządu, jak pojedynczych jego składników, co się zaś tyczy choroby saméj, to wykazał on w swoich przypadkach najprzód zwykłe zmiany rdzenia, a mianowicie t. z. zwyrodnienie szare tylnych sznurów, z drugiéj zaś strony to, co właściwie dla téj dziedzicznéj niezborności miało być charakterystyczném, zwyrodnienie sznurów bocznych w najbliższém sąsiedztwie schorzałych sznurów tylnych.

Wkrótce, bo w roku 1878, nadarzyła się sposobność Pickowi i Kahlerowi, że mogli jeden przypadek téj dziedzicznéj formy Friedreicha obserwować paraplegiję wiądową, jako przyczynę któréj wynaleziono przy sekcyi zanik całych sznurów tylnych, a obok tego w sznurach bocznych zanik dróg piramidalnych bocznych i móżdżkobocznych wraz ze słupami Clarka. Podobne spostrzeżenia mnożyły się szybko. I tak opisał Dejérine dwa, Strümpell jeden przypadek, gdzie obok zmian wiądowych w sznurach tylnych chorowały także części sznurów bocznych graniczące z tylnemi w swych częściach przybrzeżnych. Głównie jednak Westphal[1]), który już o wiele dawniéj zauważył sprawy zwyrodnienia równocześnie w różnych sznurach istoty białéj rdzenia pacierzowego u chorych dotkniętych zniedołężnieniem umysłowém, z porażeniem postępowém i innemi chorobami, badał cały szereg przypadków, w których zwyrodnienie szare nerwów tylnych łączyło się ze zmianami różnego stopnia tak w sznurach bocznych jakoteż bocznych i przednich. Westphal nadał przypadkom chorobowym tego rodzaju miano „zwyrodnień skombinowanych“. Klinicznie nie przedstawiały te przypadki bynajmniéj obrazu jednolitego.

W przypadkach, gdzie zwyrodnienie sznurów tylnych przeważało, stała też na czele objawów klinicznych niezborność ruchów; w tych zaś przypadkach, w których sekcyja

[1]) *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh.* T. 8, Z. 2 i T. 9 Z. 2 i 3, 1878 i 1879.

wykazała cięższe zajęcie sznurów bocznych, przeważały za życia objawy kurczowe. Obok tych głównych objawów wahały się jeszcze więcéj objawy uboczne i tak: pęcherz moczowy był raz porażony, drugi raz nie, czucie było w jednych przypadkach znacznie zmienione, w innych zupełnie prawidłowe. Dla wszystkich jednak przypadków wspólnym był jeden objaw: uderzające osłabienie siły mięśniowéj. Westphal sądził, że ponieważ w przebiegu czystych postaci wiądu rdzenia ta siła zupełnie jest prawidłowa a zwyrodniałe są tylko sznury tylne, w przypadkach zaś zwyrodnień skombinowanych, gdzie siła motoryczna jest zmniejszona, zwyrodniałe są oprócz sznurów tylnych także sznury boczne, że zmniejszenie siły motorycznéj w przebiegu zwyrodnienia skombinowanego musi stać w związku z zwyrodnieniem sznurów bocznych. Ściślejsze badania wykazały, że w sznurach bocznych są to drogi piramidalne, których nadwerężenie omówioną słabość wywołuje. Dowodu na słuszność tego zapatrywania dostarczyło doświadczenie, że im większy był za życia ubytek sił mięśniowych, tém więcéj zwyrodniałemi okazały się przy sekcyi drogi piramidalne, a w jednym szczególnym przypadku, gdzie ubytek siły mięśniowéj dotyczył tylko jednéj odnogi, zwyrodniałemi okazały się drogi piramidalne tylko po jednéj stronie odpowiednéj odnogi. Jak z jednéj strony przypadki Westphala uwolniły objawy kliniczne zwyrodnienia skombinowanego z wąskich ram formuły Friedreicha, tak z drugiéj rzuciły zbawcze światło na znajomość anatomiczną istoty téj choroby. Friedreich, który, jak to już wspomniałem, za główny warunek rozwinięcia się zwyodnienia skombinowanego przypuszczał niedostateczny rozwój rdzenia pacierzowego, nie mógł sobie inaczéj tłumaczyć istnienia zwyrodnienia sznurów bocznych, jak przez proste posuwanie się sprawy wiądowéj z sznurów tylnych na sąsiedztwo.

Już i inni autorowie, którzy mieli sposobność obserwować przypadki zwyrodnienia skombinowanego, uważali to tłumaczenie za niedostateczne i starali się je w różny sposób poprawić. I tak przypuszcza Schultze [1]), który przypadki Friedreicha badał drobnowidowo, że przy zwyrodnieniach sznurów bocznych i przednich główną rolę odgrywa opona miękka rdzenia; że ona najprzód zostaje zajętą sprawą chorobową w zakresie sznurów tylnych przez schorzenie tychże sznurów, że następnie stan ten przenosi się na część jéj boczną i przednią i że tą drogą nareszcie wciąga w sprawę ową samą tkaninę sznurów bocznych i przednich. Mniéj lub więcéj podobnie opiewa i zapatrywanie Déjérina. Przenoszenie się sprawy chorobowéj z sznurów tylnych na boczne i przednie ma według niego jeszcze w tém swoje szczegółowe poparcie, że zwyrodnienie tych sznurów dotyczy w przypadkach zwyrodnienia skombinowanego pasma przybrzeżnego rdzenia pacierzowego, dotykającego opony miękkiéj.

Podczas gdy dla tych wszystkich zapatrywań myślą przewodnią było mniemanie, że zwyrodnienia istoty białéj w przebiegu zwyrodnienia skombinowanego obok zmian dla wiądu rdzenia właściwych są prostém następstwem téj ostatniéj, to wielu innych autorów jest w zasadzie wręcz przeciwnego zdania. I tak mniemali Pick i Kahler, że zajęcia sznurów przednich i bocznych nie można tłumaczyć ani przez posuwanie się sprawy chorobowéj wprost po tkance rdzenia, ani też za pomocą opony miękkiéj, lecz że w przebiegu zwyrodnienia skombinowanego zarówno jak sznury tylne tak i sznury boczne i przednie równocześnie a więc pierwotnie sprawą chorobową bywają dotknięte. Mianowicie byli tego zdania, że w sznurach bocznych i przednich chorują tylko układy. Wszystkim tym tłumaczeniom sprzeciwiają się wyniki badań Westphala. Przedewszystkiém wydało się niemożliwém dla Westphala stwierdzić teoryje Friedreicha, jakoby zwyrodnienie skombinowane było chorobą rdzeni źle rozwiniętych. We wszystkich rdzeniach dotkniętych tą chorobą stwierdził Westphal zupełnie prawidłowe rozmiary. Ale i innych zapatrywań wymienionych nie podzielał Westphal. Żeby sprawa chorobowa szerzyła się od sznurów tylnych *per continuitatem* na sznury boczne uważał za mylne już z tego powodu, że widział przypadki, w których sznury tylne zwyrodniałe oddzielone były od bocznych także schorzałych pasem zupełnie zdrowéj tkaniny. To spostrzeżenie mogę poprzeć własnemi spostrzeżeniami [1]). Mniemaniu zaś, jakoby w tych zwyrodnieniach opona miękka jakąś pośredniczącą rolę odgrywała, sprzeciwiają się przypadki, w których ta opona nie zawsze była chorą, lub też chora oddzielona była od sznurów bocznych zwyrodniałych zresztą rąbkiem zdrowego rdzenia, który powinien był przecie być wystawionym najwięcéj na szkodliwe działanie zmienionéj już opony. A w końcu twierdzenie Picka i Kahlera, jakoby w sznurach bocznych rzeczywiste układy chorowały, rozbija się o jeden skrupuł, a mianowicie o wielką różnorodność zmian przy degeneracyi skombinowanéj, podczas gdy systemy zawsze według pewnego ścisłego prawidła są ułożone.

Gdy żadne z tych twierdzeń rzeczywistości nie odpowiadało, trzeba się było postarać o inne tłumaczenie zwyrodnienia skombinowanego. W obec wyników własnych widział się Westphal, zmuszonym postawić nową hipotezę. Ponieważ w największéj liczbie przypadków przy zwyrodnieniu skombinowaném sznury boczne i przednie wyrodnieją w postaci pasma okrężnego, przeto Westphal przypuszczał, że pasmo to i jego zwyrodnienie stoi albo w pewnym związku z rozwojem tkanki łącznéj, naczyń krwionośnych i limfatycznych w rdzeniu, albo jest wyrazem pewnego ugrupowania włókien nerwowych, na brzegu rdzenia, dotychczas nieznanego, któreto nerwy, jakkolwiek z powodu ich położenia przybrzeżnego do różnych układów należą, muszą ze sobą pozostawać w jakimś innym związku, aniżeli nerwy, układy tworzące. Westphal miał przytém na myśli pewne ośrodki w istocie szaréj rdzenia umieszczone i dla nerwów w częściach przybrzeżnych spólnych. Uznając słuszność zarzutów Westphala, czynionych tłumaczeniom autorów co do przyrody zwyrodnień skombinowanych, przechodzimy do jego nauki.

Czy są fakta, które za nią przemawiają?

W czasie, gdy Westphal swoje teoryje o przyrodzie zwyrodnień skombinowanych wypowiedział, a byłoto w roku 1887, nie znany był jeszcze dokładnie ani przebieg naczyń krwionośnych w rdzeniu, jak równie i rozdział krwi w tym narządzie, ani też rozłożenie tkanki łącznéj, która naczyniom w zupełności odpowiada. Nie można się też dziwić, że w obec téj nieznajomości uciekł się Westphal do podobnéj teoryi. Tymczasem w latach 1881—1882 pojawiły się fakta, które

[1]) Virchowa Arch., 1877, T. 70, str. 140.

[1]) *Die degenerativ. Krankh. des Rückenmarks.* Stuttgart, 1888. Ferd. Enke, str. 73.

się takim domysłom wprost sprzeciwiły. Sąto mianowicie spostrzeżenia, które nam stosunki krążenia w ludzkim rdzeniu w zupełności wyjaśniają. Udało mi [1]) się udowodnić, że są dwa układy naczyniowe, które rdzeń w krew zaopatrują. Prawidła tego rozdziału krwi najlepiéj się zrozumie, jeżeli sobie rdzeń podzielimy na poprzeczne odcinki. Tych odcinków można przypuścić około trzydziestu kilku. Każdy z tych odcinków stanowi dla siebie odrębny obszar naczyniowy i stoi w związku z następnemi odcinkami za pomocą anastomoz podłużnie przebiegających. Każdy obszar naczyniowy bywa zaopatrywany w krew z dwóch układów pochodzącą. Jeden z tych układów otrzymuje krew z tętnicy o dosyć grubym przekroju, która w kierunku poziomym przez t. z. *Fissura anterior* (zamiast szczeliny wolę używać nazwy rowka dla jego głębokości) do spojenia przedniego przebiega i dzieli się na dwie rozchodzące się gałązki *art. sulco commissurales*. Układ ten nazwałem układem tętnicy rowkowéj. Każda z tych gałązek (*sulc.-commis*) wchodzi w odpowiednią połowę rdzenia i rozpada się w kierunku odśrodkowym na naczynia włosowate, które częściom środkowym szaréj istoty krwi dostarczają. Obok tego układu naczyniowego odśrodkowego istnieje jeszcze jeden, którego rozgałęzienia w odwrotnym kierunku a więc dośrodkowo przebiegają. Ten układ składają tętnice, które w postaci wieńca do części powierzchownych rdzenia pacierzowego spadają i istotę jego w kierunku promienistym przerzynają. Tętnice tego układu, któremu dałem miano układu naczyń wieńcowych (*Vasocorona*), w większéj ilości kończą się już w częściach przybrzeżnych rdzenia, inne dochodzą aż do środka istoty białéj, a w nieznacznéj ilości docierają i do szaréj istoty, któréj części obwodowe w krew zaopatrują. Ten rozdział naczyń krwionośnych ułatwia zrozumienie, że w rdzeniu pacierzowym istnieją d w a d z i a ł y o b s z a r ó w o d ż y w c z y c h. Obszar odpowiadający układowi tętnicy rowkowéj zajmuje c z ę ś c i ś r o d k o w e szaréj istoty, a więc samo centrum rdzenia, podczas gdy każdemu z naczyń systemów *Vasocoronae*, jak to z jego przebiegu wynika, odpowiada obszar mniéj lub więcéj k l i n o w a t y, którego podstawa ku powierzchni szczyt zaś, ku środkowi rdzenia jest zwrócony. Istota biała rdzenia rozpada się więc n a c a ł y s z e r e g o b s z a r ó w o d ż y w c z y c h, k t ó r e j a k k l i n y s ą o b o k s i e b i e u ł o ż o n e, a różnią się od siebie tylko długością; jednych bowiem szczyty umieszczone są już w powierzchownych częściach rdzenia, drugich w środku istoty białéj, a reszta szczytami swemi dochodzi aż do istoty szaréj w jéj części obwodowéj. Żyły, naczynia limfatyczne i tkanka łączna mają, jak wiadomo, przebieg z tętnicami wspólny.

Z t e g o w s z y s t k i e g o w y n i k a, ż e o g n i s k a z w y r o d n i a ł e p r z y b r z e ż n e w p r z e b i e g u z w y r o d n i e ń s k o m b i n o w a n y c h a n i z o b s z a r a m i o d ż y w c z e m i, a n i t e ż z r o z ł o ż e n i e m t k a n k i ł ą c z n é j n i c w s p ó l n e g o m i e ć n i e m o g ą. Zresztą gdyby te ogniska zwyrodniałe przybrzeżne stały w jakim związku przyczynowym z naczyniami lub tkanką łączną, musiałoby zwyrodnienie pasma przybrzeżnego okazywać charakter ś r ó d m i ą ż s z o w y, co z wszelką pewnością daje się wykluczyć. Pozostaje nam więc zastanowić się nad drugą tezą W e s t p h a l a, która za przyczynę tych przybrzeżnych zwyrodnień pewne grupowanie się nerwów przypuszcza. W tym celu musimy sobie uprzytomnić, jakie w ogóle znajdują się rodzaje ugrupowań nerwów w rdzeniu pacierzowym. (Dok. n.)

[1]) *Die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarkes. Sitzber. der kais. Akad. der Wissenschaften zu Wien* T. 86, 1881.

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do histologii zapaleń kłębków Malpighiego
(*Glomerulonephritis*).

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i pierwszy asystent powyższego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

P r z y p a d e k I. Poch Antoni, lat 7, syn wyrobnika. 1. klinika wewnętrzna. (Prof. Eiselt). Rozpoznanie kliniczne: *Nephritis interstitialis diffusa haemorrhagica post scarlatinam.* Rozpoznanie anatomiczne (Obrzut): *Glomerulonephritis scarlatinosa, Pleuritis serofibrinosa ambilateralis cum compressione lobor. infer. Peritonitis serofibrinosa diffusa, Hydrops universalis modicus.* Obie nerki nieco powiększone, torebka schodzi łatwo, powierzchnia zupełnie gładka, barwy żółtawéj, *venulae stellatae* nastrzyknięte, nieliczne punktowate wybroczyny. Kora lekko rozszerzona, barwy żółtawéj, piramidy sinawe, cały miąższ miernie obrzękły, dosyć zbity. Błona śluzowa miedniczki blada.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e. Przechodząc po kolei najważniejsze składniki narządu znajduję następujące zmiany: przybłonki kanalików okazują znaczne zwyrodnienie miąższowe, przechodzące gdzieniegdzie w tłuszczowe (czarne zabarwienie kwasem osmowym). Przestwory łączno-tkankowe międzykanalikowe tylko miejscami nieznacznie rozszerzone, a zgrubienie to pochodzi z zapalnego obrzęku i skąpego nacieku drobnokomórkowego. Tylko w sąsiedztwie niektórych kłębków zgrubienie to pochodzi od wzmocnienia tkanki łącznéj delikatnie włóknistéj i siatkówkowatéj, a w oczkach téj siatki często znajdują się leukocyty. Obraz zmian po za kłębkami jest już przez to wyczerpany.

Już na pierwszy rzut oka widać, że kłębki Malpighiego są tym składnikiem miąższu, na którym zmiany anatomiczne odgrywają najważniejszą rolę. A tu przedewszystkiem uderzają zmiany na torebce Bowmana, mianowicie na jéj wewnętrznéj powierzchni. Dają się one krótko scharakteryzować, a odpowiadają temu, co Cornil i Brandt nazywają „*dédoublements lamellaires de la capsule*“. Torebka sama jest wszędzie widoczna jako cienka prawie jednolita linijka, a na jéj powierzchni nagromadzenie komórek w siatce łącznotkankowéj. Całość, tj. komórki wraz z tą siatką, jest w różnych stopniach rozwoju, a ogranicza się już to do pewnéj małéj części torebki, a ma wtedy postać sierpowatą stosownie do krzywizny torebki, jużto zajmuje niekiedy większą część téj krzywizny, jużto wreszcie kłębek na całym swym obwodzie jest otoczony warstwą mniéj lub więcéj grubą tych komórek i siatki łączno-tkankowéj. Niekiedy zajmują te komórki większą połowę całego przestworu kłębka, który jest wtedy znacznie powiększony. Komórki te w jednych kłębkach mają po większéj części jądra przybłonkowe w innych obok nich w różnéj ilości zwykle więcéjjądrowe leukocyty, w innych wreszcie obok tychże i komórki wielkie, owalne, ubogie w chromatyn, tudzież komórki wrzecionowate. Włókna siatki łącznotkankowéj mają często przebieg równoległy (nie w zupełności) do torebki, krzyżują się z sobą pod kątami ostremi, a wypustkami różnéj grubości łączą się z samą torebką, która zresztą nie okazuje żadnych zmian widoczniejszych. Stopnie rozwoju téj nowowytworzonéj warstwy naokołokłębkowéj dają się ocenić z stosunków ilościowych pojedynczych składników, z jakich jest złożoną. Im cieńsze są włókienka łączno-tkankowe, tém większe są oczka owéj tkanki, tém więcéj znajdujemy leukocytów, a mniéj komórek o jądrach charakteru przybłonkowatego [1]). W dalszych okresach rozwoju

[1]) Komórek tych nie nazywam wprost komórkami przybłonkowemi, bo właśnie to pochodzenie ich z przybłonków może być z powyższych powodów zakwestyjonowanem.

siatka ta coraz więcéj się ścieśnia, komórek okrągławych coraz mniéj, zjawiają się natomiast wrzecionowate i wielkie, o jądrach bardzo bladych, prawie bez żadnego podścieliska chromatynowego (*Kerngerüst*). Uderzającą przy téj organizacyi jest ta okoliczność, że ta przemiana w coraz zbitszą tkankę łączną rozpoczyna się nie od strony torebki Bowmana, lecz ze strony przeciwnéj, tj. od strony właściwego kłębka. Granica téj warstwy od téj strony jest ostrą, a dzieli ją często od pętli kłębkowych przestwór wolny dosyć nieraz szeroki. Widzimy wtedy w wewnętrznych warstwach téj nowowytworzonéj tkanki włókna koncentrycznie przebiegające, zbite. Zbliżając się ku torebce zbitość ta coraz zmniejsza się, oczka coraz większe i coraz więcéj jąder okrągłych, owalnych, lub t. z. epitelioidowych. W téj warstwie siatkowatéj znalazłem w niektórych kłębkach otworki szczelinowate, wypełniane czerwonemi ciałkami krwi, w innych wreszcie włóknik w postaci delikatnych włókienek lub zbitszych mas, barwiący się bardzo silnie safraninem na preparatach z rozczynem Fleminga, lub na preparatach spirytusowych metodą Weigerta (Gram i diferencyjowanie za pomocą ksylolu 2 vol. anilinu 1 vol.) Co się tyczy przybłonków torebki, to pomimo tak wielkich zmian w ich sąsiedztwie znajdowałem je często niezmienione, nizkie, czasem obrzmiałe, nigdy figur karyjokitretycznych, pomimo starannego przeszukania w tym kierunku kilkudziesięciu preparatów. Często znajdowałem wprawdzie pokład komórek podobnych do przybłonkowych na powierzchni torebki, nie jestem jednak pewny, czy to jest produkt prawdziwych przybłonków torebkowych, czy leukocyty przemieniające się w fibroblasty. Niczém zresztą nie różnią się te komórki od innych zdala od torebki w nowowytworzonéj warstwie się znajdujących. W téjto warstwie natomiast udało mi się wynaleźć kilka nitek na jądrach w niéj rozprószonych.

Co do samych kłębków, to między niemi znalazłem i takie, w których ani na przybłonkach ani na naczyniach nie można było wykazać żadnych zmian i takie, w których zmiany były znaczne. Nie zauważyłem tu jednak paralelizmu między temi zmianami na pętlach naczyniowych, a na wewnętrznéj powierzchni torebki Bowmana. W ogólności powiedzieć mogę, że przybłonki nie okazywały zwyrodnienia przynajmniéj w tym stopniu jak w kanalikach, a objawów stanowczo lub przynajmniéj prawdopodobnie przemawiających za ich rozplemem nie zauważyłem nigdzie. Ich łuszczenie się i wypadanie do torebki tylko gdzieniegdzie było widoczném.

Co do kłębków zmienionych, to musimy rozróżnić pod względem patogenetycznym dwojakie. Najpierw kłębki, w których zmiany można odnieść do ucisku ze strony nowowytworzonéj tkanki łącznéj na powierzchni wewnętrznéj torebki, do wpływu téj tkanki na krążenie w kłębku; i powtóre na takie, w których zmian temi mechanicznemi momentami wytłumaczyć nie można. Jeżeli wypocina organizująca się na wewnętrznéj powierzchni torebki jest tak znaczna, że zajmuje nawet większą część przestrzeni torebkowéj, to pętle naczyniowe są jakby wtłoczone w wolną część téj przestrzeni, a torebka w tém miejscu jest często wypuklona. Na pętlach kłębkowych w tym razie nic nie widać oprócz objawów zaniku. Do tych wpływów mechanicznych należy zaliczyć daléj ogromne przekrwienie bardzo nielicznych kłębków, a które możnaby odnieść do ucisku naczynia wyprowadzającego. Co do téj drugiéj kategoryi zmian w pętlach naczyniowych, to możemy je określić jako dążność do przemiany włóknistéj. Na jak najcieńszych przekrojach, które w stosunkach fizyjologicznych okazują nam z całą dokładnością światła naczyń przeciętych, ich ściany, śród — i przybłonki, w przypadku tym widać tylko wąziutkie otworki otoczone masą drobnoziarnistą, miejscami okazującą delikatne włókienka. Wśród masy téj rozprószone komórki przybłonkowe o okrągłych lub owalnych jądrach i względnie dosyć liczne jedno- i więcéjjądrowe leukocyty, dość rzadko komórki wrzecionowate. O rozróżnieniu pewném komórek przybłonkowych od śródbłonków ani mowy być nie może. W kłębkach, w których jeszcze nie przyszło do wytworzenia silniejszych pasm łącznotkankowych ścian naczyń, przedstawiają się jako cieniutkie linije, których przebieg i konfiguracyja zależą od kierunku przekroju, a na wewnętrznéj i zewnętrznéj ich powierzchni owa masa drobnoziarnista miejscami delikatnie włóknista z rozmieszczonemi w niéj leukocytami i komórkami o jądrach nieco większych od leukocytów. W znacznie zwężoném świetle naczyń często leukocyty wolne, lub połączone swém pierwoszczem z ową masą drobnoziarnistą, okalającą światło naczynia. Ciałka krwi czerwone często zbite w jednę cisawo zielonawą masę, w któréj niekiedy trudno rozpoznać pojedyncze obrysy ciałek. Jako zjawisko może pod względem etyjologicznym bardzo ważne znalazłem w niektórych kłębkach laseczniki krótkie, dość cienkie, umiejscowione w naczyniach włosowatych, niekiedy tak gęsto obok siebie ułożone, że tworzą jak gdyby zatory w tych naczyniach. W pętlach naczyniowych, które są ich siedzibą, znajduję na przybłonkach wyraźne objawy nekrozy i rozpadu. Ilość tych mikrobów nie stoi jednak w żadnym stosunku do zmian powyżéj opisanych. W kłębkach nawet znacznie zmienionych nie było ich wcale, podczas gdy pętle kłębków względnie jeszcze prawidłowych mogły ich zawierać znaczną ilość. Takie embolije łaseczników spotykałem i w naczyniach włosowatych międzykanalikowych. Mikroby te barwiły się łatwo, a metodą Grama i Weigerta łatwo można było zoryjentować się co do ich umieszczenia.

Wyniki badania tego przypadku dostarczyłyby mi odpowiedzi na pewne z powyżéj zadanych pytań, mianowicie na pytanie 3). Mniéj stanowczą byłaby ta odpowiedź na pytanie drugie. Zmiany na torebce Bowmana tak dominowały w całym obrazie histologicznym i komplikowały zmiany w samych kłębkach, że tylko z zastrzeżeniami możnaby się wyrazić o procesie, którego siedliskiem były naczynia kłębka. Następujący przypadek będzie pod tym ostatnim względem o wiele więcéj pouczającym.

P r z y p a d e k II. Petráček Otton, lat 8, klinika prof. Eiselta. Rozpoznanie kliniczne: *Scarlatina. Diphtheria pharyngis et nasi. Glomerulonephritis. Otitis media suppurativa.* Rozpoznanie anatomiczne (Obrzut). *Pharyngitis crouposa, tonsillitis suppurativa*, *otitis media purulenta*, *nephritis scarlatinosa acuta* (*Glomerulonephritis*), *degeneratio parenchymatosa hepatis*, *tumor lienis acutus*, *hypostasis pulmonum.* Nerka lewa trochę zwiększona, torebka cienka, powierzchnia gładka, blada, *venulae stellatae* nastrzyknięte, kora lekko rozpęczniała, obrzękła, barwy szaro-żółtawéj. W nerce prawéj nieliczne punktowate wybroczyny, zresztą zmiany te same co w nerce lewéj.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e. Preparaty wyskokowe lub z rozczynu Müllera nie wykazują zmian żadnych a i skrawki z rozczynu Fleminga barwione safraninem na pierwszy rzut oka zdają się przedstawiać prawidłowy narząd oprócz lekkiego zwyrodnienia przybłonków kanalików. Dopiero staranniejsze badanie wykrywa zmiany i to rozliczne, ograniczone głównie do kłębków Malpighiego. Na preparatach zatopionych w celoidynie stwierdziłem nieznaczne powiększenie kłębków, ilość przybłonków odłuszczonych i odpadłych do torebki Bowmana była nieznaczną, leżały one wśród masy delikatnie ziarnistéj gdzieniegdzie siatkowatéj — widocznie skrzepłego białka. Jakiegoś znaczniejszego nagromadzenia przybłonków na pętlach samych, mianowicie na ich obwodzie lub na torebce Bowmana, nie znalazłem nigdzie. Ilość jąder w pętlach naczyniowych kłębka znaczna. Aby się poinformować o jakości jąder i ich stosunku do ścian naczyń włosowatych, należało używać jak najcieńszych skrawków. Wychodziłem przy tém z zapatrywania, że im cieńsze będą skrawki, tém mniéj w polu widzenia będzie przybłonków, tém łatwiéj będzie ocenić możliwe zmiany w świetle naczyń włosowatych i własności ich naczyń, tém mniejsze niebezpieczeństwo odnoszenia zjawisk spostrzeganych na powierzchni pętli naczyniowych do ich światła. Za pomocą automatycznego mikrotomu Reicherta i umyślnie w tym celu staranniéj niż zwykle wyostrzonego noża można z kawałków stwardłych w rozczynie Fleminga otrzymać skrawki idealnie cienkie. Wielki mikrotom jest tu zupełnie zbyteczny. Otóż skrawki takie przedstawiają nam następujące zmiany. Torebka Bowmana na większości kłębków jest cienką, delikatną, miejscami

tylko i to na niektórych kłębkach jest ona zgrubiałą warstwą jednostajną, warstwą nizkich nieobrzmiałych przybłonków pokryta. Naczynia kłębka okazują ściany wszędzie delikatne, cienkie. Bardzo rzadko można w ich ścianach odkryć jądro śródbłonkowe. Jakiegoś pomnożenia tych jąder nie widać ani śladu. Ściany naczyń pod względem grubości i jąder śródbłonków nie okazują żadnéj różnicy z nerką prawidłową, z któréj dla kontroli takie same skrawki miałem zawsze przed sobą. Uderzające zjawisko spostrzegamy natomiast w samém świetle naczyń. Światło to nigdzie nie jest wolném lub zajętém jak w nerce prawidłowéj przez krew. W tym przypadku znajdujemy w niém masy bardzo delikatnie zasiane, tworzące w środku światła, zdala od ścian, istotę zbitszą, która za pomocą licznych komunikujących ze sobą wypustek łączy się z niezmienioną ścianą naczynia włosowatego. W pewnych pętlach całe prawie światło wypełnione jest tą masą drobnoziarnistą połyskującą, a w środku jéj znajdujemy otwór różnych kształtów o brzegach równych jako pozostałość dawnego światła. Wśród téj istoty znajdujemy względnie znaczną ilość jąder podobnych zupełnie do leukocytów jedno- lub więcéj jądrowych. Większa ilość tych jąder nigdzie nie znajduje się tuż przy ścianie, przeciwnie zawsze w środku przestworu włosowatego, a najmniéj jest ich przy saméj ścianie. Niektóre z jąder są nieco większe, często lekko owalne, ale po największéj części mniejsze od jąder przybłonków tuż na zewnętrznéj stronie ściany leżących. Istota chromatyczna także w zupełności przypomina leukocyty. Pierwoszcze naokoło jąder miesza się bez żadnéj granicy z ową masą drobnoziarnistą, tak że go właściwie nie widać. Pomiędzy jądrami można zauważyć, ale tylko przy znaczniejszém zwiększeniu ($^1/_{15}$ immers. Reichert) delikatne włókienka bezbarwne, dla tego mało od otoczenia odbijające. Ma to miejsce zwłaszcza w otoczeniu owych większych lekko owalnych jąder nieco bledszych i uboższych w chromatyn niż leukocyty. W oczkach owéj siatki, jaką tworzy gdzieniegdzie owa ziarnista masa, lub w częściach światła od niéj wolnych spotykamy ciałka krwi czerwone, które jużto zachowały jeszcze swoje kontury, jużto zlały się w jednę zupełnie jednostajną masę barwy blado-cisawo-zielonawéj. Ciałka czerwone w ten sposób zlane w jednę całość tworzą nieraz najdziwniejsze figury, z wypustkami, odnogami, kątami mniéj lub więcéj ostremi, zapuszczającemi się w ową istotę drobnoziarnistą i delikatnie włókienkowatą. Granica tych dwóch istót, t. j. owéj cisawozielonawéj i ziarnistéj, jest zwykle wyraźną, często jednak znika i jedna powoli przechodzi w drugą coraz więcéj blednąc, względnie stając się zielonawą. Niekiedy istota ziarnista ułożona jest wzdłuż całego pewnego kawałka ściany, tworzy jak gdyby drugą warstwę wewnętrzną ściany naczynia, ale zdarza się to tak rzadko, że zjawisku temu prócz pewnéj przypadkowości nie mogę przypisywać żadnego innego znaczenia. Porównanie tych istot z pierwoszczem przybłonków, do czego na licznych miejscach jest sposobność, wykazuje znaczną różnicę, mianowicie w uziarnieniu. Pierwoszcze przybłonków jest pod względem tego uziarnienia w całéj swéj masie jednostajne, podczas gdy w tych masach śródwłosowatych obok delikatnych ziarenek znajdują się przecież i większe, a nawet włókienka, daléj pierwoszcze przybłonków jest ciemniejsze, masy zaś te są bledsze, często przeświecające, wreszcie i gencyjana barwi o wiele silniéj pierwoszcze niż tę śródwłosowatą istotę. Inne sposoby barwienia (karmin boraksowy, ałunowy, hematoksylin i pikrokarmin) nie okazały mi żadnych więcéj uderzających różnic. W niektórych wreszcie pętlach naczyniowych spotykałem masy jednostajne w całém tego słowa znaczeniu, wypełniające całe światło naczynia. Masy te swą barwą zielonawo cisawą jakoteż resztkami ciałek czerwonych, gdzieniegdzie widocznemi konturami ich, okazywały się jako krew w całości w ową jednolitą masę przemieniona. Objaw ten histologiczny przypominał w zupełności to, co autorowie (Recklinghausen) nazywają degeneracyją hyjalinową naczyń włosowatych. Nie ulega wątpliwości, że w tych zmianach śródwłosowatych należy upatrywać ostateczną podstawę anatomiczną dla objawów klinicznych, mianowicie białkomoczu i skąpego moczenia. Pytanie teraz zachodzi, jakiéj przyrody są te zmiany i jaka jest ich histogeneza. Wszystko przemawia za tém, że zmiany te stanowiły wczesny okres téj sprawy. Dla tego zależało mi na zbadaniu przypadków, w których mógłbym przypuszczać, że ta sprawa śródwłosowata przedstawia okres późniejszy. Czystéj *glomerulonephritis* niekomplikowanéj zmianami w reszcie miąższu nie miałem do dyspozycyi. Natomiast zbadałem kilka przypadków nerek, które Hlava [1]) w swym podziale choroby Brighta charakteryzuje jako *nephritis interstitialis diffusa indurativa subacuta* i *glomerulonephritis subacuta*. (C. d. n.)

III. Z zakładu leczniczego dla chorych na płuca Dra Brehmera w Goerbersdorfie.

Wstrzykiwania w miąższ płucny kreozotu z uwzględnieniem literatury chirurgii płuc.

Napisał
Dr. Teofil Stachiewicz,
asystent tegoż zakładu.

Przed dwoma miesiącami okazała się w Przegl. Lek. (Nr. 5 i 6, 1888) praca Dra Rosenbuscha „O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami śródmiąższowemi kreozotu“, któréj treść zapewne szan. Czytelnikom świeżo stoi w pamięci. Do wstrzykiwań używał R. strzykawki Pravaza o igle 6 do 8cm. długiéj, pół strzyk. w jeden, drugą pół w drugi szczyt a więc 0,03 kreozotu w oba, płyn powinien bardzo powoli do tkanki płucnéj się dostawać; zaraz po wstrzyknięciu występują drobne dźwięczne rzężenia. Z tyłu są mniéj bolesne. Z licznych spostrzeżeń podaje autor 9, których przegląd przedstawia się rzeczywiście bardzo korzystnie. Kreozot do tego leczenia używany winien być zupełnie czysty roślinny, *kreos. e bitumine fagi*. Każdy niemal z szan. kolegów, który tę pracę czytał, przyznać musiał, że rezultat tych wstrzykiwań jest rzeczywiście zadziwiający.

Przypatrzmy się jednak bliżéj i rozważniéj, jak się te rzeczy mają i o ile doświadczenia innych i własne z poprzedniemi dają się pogodzić. Z licznéj literatury, jaką kol. R. podaje, dają się do jego rozprawy zastósować tylko dwie prace:

R. Hamilton *The local treatement of phthisis by carbol acid.* (*Brit. med. Journ.* 2 lipca 1885) i White John-Blake *Eleven cases of phthisis treated by intrapulmonary injections of carbolized jodine. Medic. record.*, 1886, 593. Reicherta praca, któréj tytuł jest podobny do dwóch poprzednich, uwzględnia przypadki suchot, leczone miejscowo przez wziewania i wstrzykiwania różnych środków przez gardło. Gdyby kol. R. był szukał literatury odpowiedniéj, byłby w naszych czasopismach lekarskich znalazł nie jeden referat a nawet oryginalne prace na tém polu.

Wybaczą koledzy, że wspomnę nieco obszerniéj o pracach znanych na polu chirurgii płucnéj i jakkolwiek ich poddostatkiem przytoczę, brakuje jednak dużo jeszcze, których wyszukać nie byłem w stanie.

E. Barry *A Treatise on a consumption of the Lungs*, Dublin, 1726, str. 217 i *A Treatise on three different Digestions.* London, 1763, str. 366) jest za stanowczém otwieraniem od zewnątrz jam płucnych, powstałych z jakichkolwiek powodów; w dziale ostatnim podaje kilka przypadków, w których nacięcie od zewnątrz ku wewnątrz sprowadziło wyleczenie.

S. Sharpe (*A Treatise on the operations of Surgery.* London, E. IX, 1769, str. 128) podaje, że najprostszą rzeczą

---

[1]) *Morbus Brightii* Časopis lékařův českých. Str. 225, 241 i 257 z roku 1885. Do nich należy *Nephritis chronica haemorrhagica.* Weigert. *Volkmanns Sammlung klinische Vorträge.* 162—163).

w leczeniu jam płucnych jest, wejść lancetem wprost w nie, nie zważając na przyczepiny opłucnowe; jeżeli wystąpi potém silne ropienie, to włożyć w jamę flejtuch z wiór drewnianych (*Holzwicken*).

Ponteau (*Memoire sur la phthisie pulmonaire* 1783) i Dawid *über „Abscesse"* radzą wprost nacinać jamy płuc od zewnątrz, trójgrańcem zaś przebijać tam, gdzie się ma z ropniem płucnym do czynienia.

Przypadek Fayego 1797 opisany przez Richerarda (*Nosographie chirurg.* 3 Ed. IV Bd. 1812, str. 194. Paris) był prawdopodobnie wypociną ropną opłucny a nie ropniem płuc, za jaki go Faye chce uważać.

Jaymes (*Journal gén. de méd.* T. XLV, 1813) podaje wyleczenie w podobny sposób operowanych przypadków.

Richerard 1812 p. w. *Nosographie* itd. uważa nacięcie od zewnątrz w razie jam płucnych za rzecz wskazaną, niepodlegającą już kwestyi.

B. Bells (*Lehrbegriff der Wundarzneikunst.* Leipzig, 1805, T. II, Ed. 2, *aus dem Engl.*) wypowiedziawszy swoje zdanie co do suchot (*eitrige Lungengeschwüre mit Gängen*), robi nacięcia od zewnątrz w razie jam płucnych i podaje jeden przypadek w ten sposób wyleczony.

H. Callisen (*Systema chirurgiae hodiernae v. H. Callisen* 4 wyd. 1815, Vol. I, str. 413) pisze: *Ex ipso pulmone pus paracenthesi educi potest, ubi concretus cum pleura pulmo et fluctuatio sentiri potest in tumore externo. Facta incisione et digito in pleurae cavum inmisso, abscessum fluctuantem in ipso pulmone detectum, incisum et aegrotum sanatum fuisse compertum est.*

Zang (*Darstellung blutiger, heilkünstlerischer Operation.* Wien, 1818, III, 1. p. 134) *„Eröffnung der Brusthöhle"* podaje dyferencyjonalną dyjagnozę między *„Abscessus pulmonalis int."* i *„externus"* i w każdym razie robi cięcie wprost w ognisko chore.

Nasse 1824 (*Horns Archiv f. med Erfahr.* Jahrg. 1824 II, str. 117) otwiera nacięciem tylko jamy przyścienne, gdzie są zrosty opłucnowe.

Krimer (*Journal complément des sc. méd.* T. 36, 1830, str. 270.) Bouchetau i Bouchut (*sur les maladies chroniques de la poitrine* str. 144) nie otwierali jam i ropni płucnych wprost, lecz po otworzeniu ściany zewnętrznéj kładli na opłucnę płucną pastę żrącą, aby w ten sposób sprowadzić fistułę i ropę dostać na zewnątrz.

Pokrótce przytaczam jeszcze prace tego rodzaju aż po rok 1855 ogłoszone:

Breschet 1831, Maclead 1836 (*Lond. med. Gaz.* Vol. 19), Claessens (*Annales de la soc. de med. de Gand.*, 1839), Hastings i Storks *Lond. med. Gaz.* 1844), Herff (*Kölnische Z.* 1844), Collins (*Lond. med. Gaz.*, 1855).

Po przerwie 18-letniéj pokazują się w tym kierunku prace poważne, których szereg otwiera praca Moslera w Gryfii i wywołuje skrzętny ruch w kole uczonych.

Prof. Fr. Mosler: *Ueber locale Behandlung von Lungencavernen* (*Vorgetr. in d. Sect. f. innere Med. in Wiesbaden 1873. Berl. klin. Woch.* 1873, str. 43). M. chcąc początkowo wypróbować możliwość postępowania chirurgicznego w chorobach płuc, wybrał chorego w ostatnim okresie, u którego już nie miał nic do stracenia. Wyrobnik liczący lat 51, strasznie wychudły, który przed trzema laty przebył zapalenie płuc — z następowemi częstemi krwotokami. Po stronie prawéj w górze jama powierzchowna, sięgająca do IV żebra (Ż.) 1 listopada 1872 wbił M. z przodu w II. przestwór międzyżebrowy (PMŻ) 6 cm. od prawego brzegu mostka dosyć grubą kaniulę szprycki ssącéj Thierscha głęboko w płuca do jamy. Następnie wstrzyknął 20 cm. sz. rozcieńczonego rozczynu nadmanganianu potasowego, szpryckę odśrubował a kaniulę pozostawił w miejscu, te wstrzykiwania powtarzał przez dni następne. Z powodu zatkania się rurki wyjął ją 4 dnia. Chory znosił ten rękoczyn dobrze bez żadnych przypadków. To zachęciło Moslera do dalszych prób. W lutym 1873 r. powtórzył ten sam rękoczyn u drugiego chorego z jamą rozstrzeniową w płucu lewém, któréj wydzielina była ropna i mocno cuchła. Po 5 wstrzyknięciach, które chory dobrze znosił, zmieniła się plwocina, stan ogólny był o wiele lepszy.

Po tych dwóch próbach wstrzykiwań przystąpił M. do wypuszczania wydzieliny jam płucnych na zewnątrz przez nacięcie. Mężczyzna lat 49, malarz, od 5 lat leczony z powodu jamy rozstrzeniowéj płatu górnego pluca prawego, silnie wychudły, miewał częste krwotoki, gorączkę, białkomocz z powodu zwyrodnienia skrobiowego nerek. 2 czerwca 1873 zrobił M. wspólnie z Hüterem nacięcie aż do opłucny 3 cm. długie na górnym brzegu III ż., 5½ cm. od prawego brzegu mostka. Ponieważ blaszki opłucnowe były przyrosłe, odbywała się dalsza operacyja drogą tępą (*Kornzange*), drążąc coraz głębiéj, otworzył jamę, z któréj wypuścił ropę — krwotok przy tém nie powstał. Następnie wsunął do jamy srebrną rurkę drenową, którą plastrem do ściany klatki piersiowéj przymocował, na to przyłożył szarpie karbolowe i worek lodowy. Operacyję zniósł chory dobrze. Wieczorem tego dnia ciepł. 37·8° C., puls 84, liczba oddechów 36, stan ogólny dobry, kaszel i ilość plwocin się zmniejszyły. Ciecz ropna wyciekała obficie przez rurkę, zwłaszcza podczas kaszlu. Opatrunek zmieniano kilka razy dziennie — 12 lipca wystąpił krwotok, prawdopodobnie z tworzących się ziarnin w jamie. Po wprowadzeniu przez kaniulę za pomocą rozpylacza *Liquor ferr. sesquichlor.* krwotok ustał. Następnie wprowadzano rozpylaczem 2 razy dziennie do jamy rozczyn kwasu karbolowego i tynktury jodowéj. Chory każdym razem czuł, że się to dostaje do jamy. Wstrzykiwania większéj ilości rozczynu *kal. hyperm.* irygatorem Esmarcha wywolywały podrażnienie chorego i gorączkę, dla tego tego zaniechano. Wyciekająca ropa okazywała własności dobrotliwe i ilość jéj znacznie się zmniejszyła. Wypuk nad jamą dawał dużo wyraźniejszy odgłos rozbitego garnka, niż przedtém, rzężenia jednak znacznie się zmniejszyły. Przypadłości ze strony płuc nie doznawał chory żadnych, czuł się znacznie lepiéj, lecz w ogólnym stanie chorobowym polepszenia zauważyć nie było można. Białkomocz się zwiększył, siły opadały. Do 3 października leczono daléj w ten sam sposób, chory jednak w skutek silnego wyniszczenia umarł. Sekcyja wykazała: W płucu lewém gruczołki milijarne, blaszki opłucnowe w tém płucu od strony prawéj przyrosłe; w płucu prawém obie opłucne od III. ż. w górę silnie przyrosłe, na dolnéj części górnego płatu kanał odpowiadający rurce, prowadzącéj do jamy w tym płacie się znajdującéj. Jama wypełniona żółtawą śmietanowatą cieczą, wewnętrzna ściana jamy posiada liczne, listewkowate wypustki, pokryte powierzchnią ziarninową. W płacie dolnym szare gruzełki. Śledziona i nerki skrobiowato zwyrodniałe itd. Z tych doświadczeń wysnuwa Mosler tylko tyle, „że miejscowe leczenie jam płucnych jest rzeczywiście wykonalne," nie robi jednak dużo nadziei co do rokowania, zaleca stósować je tylko tam, gdzie się już nie ma nic do stracenia. Nieraz zdarzyło się w jego klinice, wspomina M., że przy wbijaniu trójgrańca celem wypuszczenia wypociny opłucnowéj, wbito go w płuco naciekłe bez żadnych szkodliwych następstw; dla tego też zachęca, „ażeby do nacieków gruźliczych w płucu, podobnie jak się to praktykuje w nowotworach wśródmiąższowych, wprowadzać leki wstrzykując je w miąższ chory".

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Bamberger (Wiedeń): **O zastósowaniu sposobu Oertla w leczeniu wad zastawkowych serca.**

Prof. B. zastanawia się nad najważniejszemi czynnikami sposobu leczenia Oertla, a mianowicie czy obniżenie dowozu płynów do ustroju obok równocześnie zwiększonego przewiewu skóry z jednéj a zwiększona czynność mięśni, kilkogodzinne chodzenie, szczególnie po górach z drugiéj strony, wpływają korzystnie na stan w ustroju wadą zastawek sprowadzony.

a) Obniżenie dowozu płynów stosuje Oertel dla tego, bo przypuszcza, że główną przyczyną przewlekłych

zaburzeń w krążeniu jest krwistość wodnista (*plethora hydraemica*), w którymto stanie krwi istnieje zwiększona ilość płynu krwi a zmniejszona ilość części stałych, obok większéj zawartości płynu w tkankach. Otóż prof. B. opierając się na własnych poszukiwaniach i czynionych przez jego asystenta Kovácsa na 31 chorych dotkniętych wadami zastawek, u których badano ogólny stan czynności serca, ilość ciałek czerwonych, białych, ciężar gatunkowy krwi, ilość hemoglobiny, pozostałość po suszeniu krwi w ciepłocie 120°C., nie uznaje zapatrywania prof. Oertla, jakoby przy wadach zastawkowych istniała krwistość wodnista, lecz przeciwnie wykazuje, że w okresie wyrównania czynności serca i poczynającego się zaburzenia w niém krew jest albo zupełnie prawidłową albo okazuje tylko zboczenia zależne od konstytucyi i życia chorego, w okresie zniesionego wyrównywania krew znowu tém więcéj się zagęszcza. im bardziéj się zwiększa zastój żylny i przesączyny do jam surowiczych. Można zatém zdaniem B. stosować odciąganie ustrojowi płynu przez zmniejszony dowóz jego, gdzie istniało nawykowe nadużywanie go.

b) Gimnastyka mięśnia sercowego przez wywołanie silnych skurczów jego, podwyższenie parcia w aorcie, napełnienia większego tętnic, odprowadzenie krwi żyłami i pracę mięśni, jest zdaniem B., w zasadzie bardzo energiczną metodą w wielu przypadkach niedomogi serca; ale wtedy kiedy narząd ten chory z powodu wady na zastawkach, gimnastyka według Oertla prawdziwa mogłaby sercu raczéj zaszkodzić aniżeli korzyść przynieść. Co najwięcéj zgodziłby się B. na używanie miernych ruchów, nigdy zaś na chodzenie po górach; mięsień sercowy i tak już z powodu nadmiernéj pracy łatwo zwyrodnieniu ulegający, tém prędzéjby w sprawę tę chorobową popadł, gdyby się od niego więcéj pracy wymagało niż już ustrój sam mu przedstawia. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1888, Nr. 4). *H. K.*

Prof. Nussbaum (Mnichów): **O wewnętrzném podawaniu ichtyolu.**

W „*Therap. Monatshefte*“ 1888 r. ogłasza N. własne swoje doświadczenia, które poczynił z tym środkiem w przypadkach rwy kulszowéj, połączonéj z bólem w kościach, stawach i mięśniach, leczonych poprzednio bezskutecznie przez podawanie innych leków. W zapaleniach gośćcowych, gdzie z powodu nagromadzonéj wypociny ruchomość znacznie już była upośledzona, ustępowały najpierw bóle, pomału wracała i ruchomość. Polecone przez N. pigułki wyrobu Condesa w Hamburgu, zawierające po 0·1 ichtyolu, nie mają wcale nieprzyjemnego smaku ani woni; można je podawać do 5 dziennie. Jeżeli skutek nie był po kilku dniach widocznym, podawał do 12 dziennie. Po osiągniętym skutku nie należy go daléj podawać, bo się chorzy do leku przyzwyczajają. Za powrotem cierpienia nie należy zaczynać na nowo od małych dawek, lecz od razu zacząć od ostatniéj największéj podawanéj dawki. Ubocznych działań, wyjąwszy gniecenie w okolicy żołądka u osób tkliwych, nie spostrzegał. Sam N. wziął raz dla doświadczenia 50 pigułek, tj. 5·0 ichtyolu; zewnętrznie zastosowany łagodzi bóle (w stawach). Przeciw wypryskowi poleca: *Rp. Ichthyoli 10·0 Ung. diach. 200·0 DS.* Do wcierania. *H. K.*

Chirurgija.

Prof. Billroth: **O podwiązaniu tętnic w celu sprowadzenia zaniku wola.**

Zupełnego wyłuszczenia wola obawiają się po licznych doświadczeniach chirurdzy dla wielu następowych chorób. Między innemi podają cherę z braku wola. B. podaje, że ani razu jéj dotychczas nie widział, mimo, że najmłodsza osoba operowana miała lat 16. Dobrego wyniku po podwiązaniu należy, zdaniem B., tylko wtedy się spodziewać, gdy w wolu nie nastały jeszcze sprawy zwyrodnienia (zwapnienie, wynaczynienia, rozmiękczenie, rozpad torbielowy). Wskazania za tém do tego zabiegu są ograniczone. Chery z braku wola mniéj się należy obawiać po podwiązaniu wszystkich czterech tętnic tarczykowych u dzieci, należy się bowiem spodziewać, że ustrój z powodu długo trwającéj sprawy zanikowéj ma czas przyzwyczaić się do braku gruczołu tarczykowego. Dotychczas użył B. sposobu podwiązania tętnic tarczykowych 4 razy. We wszystkich wystąpiła po operacyi lekka gorączka, w jednym z nich wystąpiła krótko trwająca żółtaczka. Niekorzystną stronę stanowi oszpecenie szyi, gdyż zostają wyraźne 4 blizny. W jednym przypadku (5-tym) mięsaka gruczołu tarczykowego zabieg ten nic nie pomógł; objętość guza wcale się nie zmniejszyła. B. radzi za jedném posiedzeniem wszystkie tętnice od razu podwiązywać. (*Wien. klin. Wochenschrift* 1888, Nr. 1). *H. K.*

Bumm (Würzburg): **O powikłaniach ze strony jelit po laparotomijach.**

B. podaje przez siebie spostrzegany przypadek niedrożności jelit z powodu przyrośnięcia krezki i rozstrząsa przy téj sposobności przyczyny zamknięcia jelit po operacyjach w jamie brzusznéj i pytanie, czy można zapobiedz takim powikłaniom przez odpowiednie postępowanie podczas operacyi. Przez staranne unikanie wszelkiego chemicznego lub mechanicznego drażnienia (spray, przepłukiwania) otrzewny możnaby uczynić rzadszém zlepne zapalenie otrzewny, występujące po operacyjach, a stanowiące główną przyczynę niedrożności jelit. Jeżeli niedrożność kiszek już się wytworzyła, wtedy bardzo ważném jest, aby jak najwcześniéj takową rozpoznać, co właśnie jest rzeczą trudną po laparotomijach, bo główne objawy niedrożności jelit mogą występować mniéj lub więcéj dokładnie i po ogólném zapaleniu otrzewny. Jedyném leczeniem takiego powikłania po laparotomijach jest jak najszybsze powtórne otworzenie rany brzusznéj i uwolnienie uwięźniętéj pętli jelita. (*Intern. klin. Rundschau* 1888, Nr. 10). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu Tow. lek. petersburg. pokazywał docent Tilling kość wyjętą drogą operacyjną u kozaka, u którego z powodu ciągłéj jazdy konnéj wytworzyła się po wewnętrznéj stronie lewego uda między mięśniami przywodzącemi. Kość wyłuszczona miała postać piramidy trójściennéj 6cm. długiéj, $4\frac{1}{2}$cm. szerokiéj, za pomocą pasm tkanki łącznéj ustalonéj. Czy w tym przypadku kość z jazdy (*Reitknochen*) zawdzięcza swój początek oderwaniu się kawałka okostny, czy zwapnieniu kilku włókien mięśnia przywodzącego długiego z powodu prawdziwéj *myositis ossificans* po wynaczynieniu, nie mógł F. rozstrzygnąć. (*St. Petersburger med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 10).

Choroby krtani.

Docent Chiari: **O intubacyi O'Dwyera.**

Dostatecznie jest znany sposób Schröttera rozszerzania krtani lub tchawicy w razie zwężenia ich za pomocą kauczukowych rurek; w przypadkach ostrych zwężeń sposobu tego się nie używa, uciekamy się w tych przypadkach zawsze chętniéj do tracheotomii. O'Dwyer w Nowym Jorku wymyślił przyrząd, który może w krtani lub tchawicy tak długo pozostać, dopóki się sprawa błonicowa nie skończy. Są to rurki metalowe proste, z boku nieco przypłaszczone, o szerokim brzegu na górnym końcu, którym się opierają o więzadła, tak, że głębiéj wpaść nie mogą. Długość ich wynosi $4\frac{1}{2}$—6 cm., średnica $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ cm. Podczas gdy kobieta trzyma dziecko, wprowadza się po lewym palcu wskazującym, którym się dochodzi aż do nagłośni, rurkę taką za pomocą odpowiedniego narzędzia, aż się brzegiem szerokim oprze na więzadłach. Uwolnioną rurkę zabezpiecza się dodatkowo od wpadnięcia za pomocą nitki około szerokiego jéj brzegu obciągniętéj z ust zwisającéj. Może ona zostać w tchawicy całe tygodnie. Chiari podaje z własnego doświadczenia, że wprowadzenie rurki nie jest trudne i że je chorzy dobrze znoszą. Störk również był z tego sposobu zadowolony, a zwolennicy podnoszą następujące jego zalety: Znosi zazwyczaj niebezpieczeństwo uduszenia się dziecka (jeżeli błony błonicowe nie dostały się już przed intubacyją do tchawicy), — nie robi się żadnéj rany, odpada zatém obawa zakażenia jéj, — wprowadzenie rurki jest łatwe, nawet bez środka znieczulającego rodzice chętniéj się zgadzają na ten zabieg; w razie gdyby tracheotomija okazała się konieczną, może intubacyja służyć za drogoskaz, gdzie się ma cięcie poprowadzić; ujemną stronę stanowią wprawdzie rzadkie ale przydarzające się owrzodzenia uciskowe od dolnego końca rurki. (*Zeitschrift für Therapie* 1888, Nr. 6). *H. K.*

Seifert i Hoffa (Würzburg): **O wrodzoném zwężeniu krtani i o zewnętrzném cięciu krtaniowém.**

U 17 letniéj dziewczyny, która dotychczas nigdy jeszcze

nie mogła wymówić słowa głośno, podczas gdy była w stanie dobrze porozumiewać się za pomocą szeptu, znaleziono jako przyczynę tego zboczenia głosu błonę między przedniemi częściami więzadeł głosowych, kończącą się ku tyłowi ostrym wklęsłym brzegiem. Oddech mało co był upośledzony, a wyłącznie tylko przy szybkiém bieganiu lub innêm silniejszém natężaniu się występowała mierna duszność. Przeciąć błony za pomocą noża lub galwanokauteru nie zdołano w skutek znacznéj zbitości tkanki. Przy rozcięciu krtani pokazało się, że wprawdzie nie było pojedyńczéj błony, za to było wypełnienie przedniéj połowy dolnéj jamy krtaniowéj masami tkanki łącznéj, które ku górze ograniczała błona. Te masy oddalono nożyczkami o ile możności jak najstaranniéj i ranę następnie zamknięto. Przebieg leczenia był bardzo pomyślny, gdyż chora już po 12 dniach klinikę opuściła. Leczenie pooperacyjne polegało na wprowadzaniu świeczek Schröttera, od nru 2 powoli dochodząc do nru 8, a po 3-tygodniowém leczeniu chora miała głos silny lubo nieco nieczysty, który w tym stanie dotychczas się utrzymuje. (*Intern. klin. Rundschau*, 1888, Nr. 10). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

Prof. Neumann (Wiedeń): **O wpływie róży na przebieg kiły.**

W ostatnich czasach zauważono, że róża występująca w przebiegu kiły ma korzystny wpływ nietylko na jéj przebieg ale że i wyleczenie sprowadzić może. Schuster utrzymywał na ostatnim Zjeździe przyrodników w Berlinie, że wpływ róży jest tylko miejscowy. N. ogłasza obecnie dwa przypadki odnoszące się do tego pytania. Chora z wysypką guzową przebyła wśród operacyi trzy razy różę. Po trzeciéj róży wysypka ustąpiła zupełnie; chory z świeżym wrzodem twardym w rowku zażołędziowym dostał róży 14 dni trwającéj. Na wrzód sam nie wpłynęła róża wcale, wysypka została opóźnioną, bo wystąpiła dopiero po 11 tygodniach po zakażeniu pierwotném, a była krostkową. Z tego wynika, że róża wpływa wprawdzie korzystnie na przebieg kiły, że jednak nie zmienia go. Nawet zmiany ogólne nie są łagodniejsze, jak to z drugiego przypadku wynika. Znaném jest, że zmiany kiłowe ogólne ustępują szybko w przebiegu chorób zakaźnych, połączonych z wysoką gorączką. (*Wiener med. Blätter*, 1888, Nr. 4). *H. K.*

Prof. Lang (Wiedeń): **Kiła a rak.**

Na posiedzeniu Tow. lek. przedstawił prof. L. przypadek kiły połączonéj z rakiem, połączenie które sam L. dotychczas tylko cztery razy widział. Przypadek ten dotyczył chorego dotkniętego wrzodami, naciekami kiłowemi i bliznami na czole, utratą całego nosa, wargi górnéj, wrzodami i przedziurawieniem podniebienia. Te zmiany były niewątpliwie kiłowe, a badanie mikroskopowe części rozpadłych nie dozwalało rozpoznać nowotworu. W 4—5 tygodniu pobytu w szpitalu rozpoczęła tkanka na przednim brzegu wrzodu na podniebieniu twardém bujać i cała sprawa pomału zaczęła tracić cechy wrzodów kiłowych. Kawałek bujającéj tkanki wycięty i badany przez prof. Weichselbauma wykazał budowę raka przybłonkowego. Przypadek ten dowodzi, że rak może się rozwinąć na dnie tkanki kiłowéj. Równocześnie przytoczył L. przypadek dawniéj jeszcze w Insbruku widziany, gdzie u trzydziestoletniego mężczyzny wrzód kiłowy na wardze dolnéj po leczeniu przeciwkiłowém zupełnie się zagoił, po roku wystąpiła odnowa ale z przemianą w nowotwór rakowy. Potwierdziło to badanie drobnowidowe. (*Wiener med. Blätter*, 1888, Nr. 10). *H. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 7me z d. 4 kwietnia 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 23.

1. Kol. Warschauer zapytuje o daty kliniczne przypadku, z którego preparat okazał Dr. Hempel na poprzedniém posiedzeniu. Kol. Porębowicz mówi krótko o przebiegu klinicznym w tym przypadku na podstawie zapisków z historyi choroby.

2. Kol. Kopernicki jako przewodniczący Komisyi balneologicznéj zdaje sprawę z czynności téj komisyi, która na ostatniém swém posiedzeniu, zastanawiając się nad potrzebami zdrojowisk krajowych, nabyła przekonania, że w administracyi przeważnéj liczby zdrojowisk daje się spostrzedz pewna ociężałość, któréj główną przyczyną jest brak przepisów, odnoszących się do zdrojowisk. Ponieważ w sprawie téj, jakotéż w sprawie ulepszeń w zdrojowiskach interesowani są ich właściciele, kierownicy i lekarze, a wzajemne ich porozumienie się może nastąpić za pośrednictwem zjazdu, przeto komisyja uchwaliła przedsięwziąć czynności przygotowawcze do zjazdu balneologicznego, któryby się mógł odbyć z końcem r. b. Zanim jednak poczyni dalsze kroki żąda komisyja aprobaty ze strony Towarzystwa lekarskiego z powodu ważności sprawy. Po uzyskaniu aprobaty roześle komisyja stronom interesowanym zawiadomienie o zjeździe odbyć się mającym, a w razie jeżeli rzecz się utrzyma, przystąpi do oznaczenia terminu i programu zjazdu. Towarzystwo udziela jednogłośnie aprobaty zamiarowi komisyi zwołania zjazdu balneologicznego.

3. Kol. Gross mówi o prątkach durowych. Prelegent daje pogląd na literaturę odnoszącą się do prątka durowego, i wyniki badań przy łóżku chorego. Przechodzi szczegółowo wszystkie sposoby wykrywania prątków durowych w człowieku chorym. Badanie krwi a mianowicie bezpośrednie poszukiwania prątków w preparatach barwionych bez ich hodowania nie uprawnia do żadnych dodatnich wniosków i to ani preparaty z krwi ogólnego krążenia, ani z krwi z śledziony wydobytéj. Wyniki Meiselsa pozornie dodatnie w tym kierunku nie mogą osłabić powyższego twierdzenia, gdyż metody, jakiemi się ten autor posługiwał, są mniéj niż ścisłe, zresztą można w każdéj kropli krwi znaleźć tu i owdzie pojedyncze prątki, ale to samo znajduje się i we krwi prawidłowéj. Dzisiaj wreszcie nikt nie poważy się na podstawie samego wejrzenia mikroskopowego mówić o obecności lub nieobecności prątków durowych, do stwierdzenia obecności prątków trzeba koniecznie ich wyhodowania.

Badanie osutki durowéj nie doprowadziło prelegenta do wyników dodatnich tak samo jak i innych badaczów, dotychczas jedynie Neuhaus twierdzi, że mu się udało w kilku przypadkach z krwi wydobytéj po nakłóciu guzka wyhodować prątki. Podanie to już teoretycznie jest nieprawdopodobném, gdyż krew z guzka nie jest inną jak reszta krwi ustroju, a ta, jak wiadomo, jest bardzo uboga w prątki. O wiele racyjonalniejszém byłoby badanie soku wyciśniętego z guzka lekko nakłutego lub téż wycięcie całego guzka. Badania moczu okazały tylko w 5 lub 6ciu przypadkach rezultat dodatni. Naturalnie, że badanie musi się odbywać z wielkiemi ostrożnościami, aby otrzymać mocz jałowy, t. j. niezanieczyszczony prątkami z poza ustroju. Prelegentowi udało się tylko w jednym przypadku (a badał w tym kierunku nie wiele moczów) wyhodować prątki durowe, przyczém postępował w ten sposób, że po bardzo dokładném oczyszczeniu prącia, polecił choremu jeszcze dla przepłukania końcowéj części cewki moczowéj oddać nieco moczu do zwykłego naczynia i dopiero dalszą ilość ujmował w epruwetce jałowéj, z téj zaś wlewał mniejszemi ilościami do epruwetek z odrobiną rozczynu bulijonu. Metoda ta opiera się na spostrzeżeniu, że mocz prawidłowy nie zawiera mikroorganizmów, co prelegent sam licznemi doświadczeniami stwierdził a sądzi, że postępując w ten sposób otrzymanoby więcéj rezultatów dodatnich aniżeli przy poprzednich badaniach, do których używano tylko po jednéj kropli moczu. Badanie kału jest w tym kierunku bardzo trudném, kał zawiera bowiem już w stanie prawidłowym ogromną ilość innych prątków, które psują obraz rozwoju prątków durowych. Rezultaty dodatnie są w literaturze nieliczne a jemu samemu nie udało się z kału ani razu wyhodować prątków durowych. Jak łatwą jest pomyłka, wskazuje przypadek, w którym bez trudności wyhodował wielką ilość prątka, o którym wraz z prof. Weichselbaumem sądził, że jest prątkiem durowym a późniéj okazało się, że prątek ten był najwięcéj podobny do emmerichowskiego, w każdym razie nie był prątkiem durowym.

Drogą badania, która okazała się dotąd najpewniejszą, jest punkcyja śledziony. Krew wydobytą ze śledziony ujmował prelegent w epruwetkę napełnioną w części bulijonem i w téj epruwetce wyhodował pierwszą hodowlę. Uważa on za praktyczne użyć do hodowli całéj ilości krwi wydobytéj a nie jak to dotąd

robiono jednéj lub kilku kropel, opierając się na doświadczeniu, że nieraz nawet w dziesięciu kroplach nie ma ani jednego prątka a wyhodować je przecież można, badając z użyciem całéj ilości krwi wydobytéj. Na 9 przypadków badanych w sześciu otrzymał wynik dodatni, w trzech innych był wynik ujemny, z powodu że rurką strzykawki nie zdołał krwi wydobyć. Sądzi zatém, że tylko badanie krwi otrzymanéj ze śledziony może mieć znaczenie rozpoznawcze, prawdopodobném jednak jest, że przy zmodyfikowaném badaniu osutki i moczu otrzyma się w przyszłości częściéj wyniki dodatnie. Fakta dotąd stwierdzone powinny wystarczyć do uznania prątka Eberta, Kocha i Gaffkyego za przyrzut duru brzusznego. Badania dotychczasowe wykazały, że prątek durowy odpowiada prawie wszystkim warunkom, jakich żąda Koch od prątków, które można uważać za chorobotwórcze. Jednego tylko szczegółu brak a mianowicie nie udało się dotąd wywołać duru przez przeszczepienie tego prątka na zwierzęta. Lukę powstałą przez nieudanie się szczepień, starał się prelegent zapełnić dwoma przypadkami samozakażenia, które miał sposobność spostrzegać. W dwóch przypadkach duru, w których za życia robiono punkcyję śledziony, znaleziono po śmierci ogniska wielkości orzecha tureckiego, wzgl. włoskiego, które przedstawiały przy badaniu mikroskopowém zmiany zapalne z przejściem w nekrozę, zmiany analogiczne do zmian, jakie w durze spostrzega się w gruczołach limfatycznych. Powstanie tych ognisk tłumaczy prelegent miejscowém zakażeniem. W każdym razie te 2 przypadki wykazały, że prątek Eberta, Kocha i Gaffkyego: 1) może się rozmnożyć w ustroju ludzkim, 2) wywołuje zmiany zapalne odpowiadające zmianom durowym.

W dyskusyi nad tym wykładem brali udział koll. Warschauer, Kwaśnicki, Krokiewicz, Bossowski i prelegent. Sekretarz, *Dr. Schaitter.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Bujwid: Wyniki stosowania wzmocnionéj metody Pasteura w Warszawie.

Doświadczenie zrobione na zwierzętach, a w kilku przypadkach i na ludziach, przekonało B., że w przypadkach silniejszych pokąsań przez psy wściekłe „słabsza" metoda Pasteura nie wystarcza, że nadto pokąsania w twarz dają znaczną śmiertelność (80%). W dwóch przypadkach, przysłanych do niego w sierpniu r. z., z licznemi pokąsaniami szczególnie twarzy, doświadczał usilnie mu przez Pasteura zaleconéj metody wzmocnionéj. Polegała ona na 2 do 3 razy dzienném wstrzykiwaniu, szybkiém dochodzeniu do szczepień silnych, prawie świeżych, przez 2 dni suszonych rdzeni. Obydwaj wymienieni chorzy otrzymali w ciągu 11 dni po 19 wstrzykiwań, z dwukrotném powtórzeniem rdzenia 2-dniowego, tj. prawie świeżego. Mózg z głowy wilka przysłany wykazał przez przeszczepienie typową wściekliznę. Wynik pomyślny w obu przypadkach zachęcił go do stósowania téj saméj metody w dalszych 2-ch przypadkach pokąsań w twarz przez wściekłą wilczycę. Wszyscy 4 mają się dotychczas zupełnie dobrze. Należy zatém stósować wzmocnioną metodę tam, gdzie zachodzi obawa dostania się większéj ilości jadu do krwi, mianowicie przy pokąsaniach w twarz. W ciągu całego czasu szczepień udało się o poradę do B. 536 osób, z tych uległo szczepieniu 430, nieszczepiono 97, zmarło na wodowstręt 8. Nie szczepiono wtedy, gdy zwierzę nie okazywało objawów wścieklizny, lub gdy rana nie była zadaną do krwi, ale przez grube ubranie bez widocznego rozdarcia takowego. (*Gazeta Lekarska*, 1888, Nr. 5). *H. K.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,5. Z odry umarło 3 (3 z. t.); z duru brzusznego 1 (5 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z grużlicy 9 (13 z. t.); z zapalenia płuc 7 (12 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 11 przypadkach odry (8 w szpitalu, 1 obcy), 2 płonicy, 2 duru brzusznego, 12 duru osutkowego (3 obcych, 3 z kryminału, 1 w szpitalu). W tygodniu od 18—24 marca umarło z ospy: w Opawie i w Czerniowcach po 2, w Tarnowie 3, w Wiedniu 1; w Lublanie 4, w Pradze i Rzymie po 7, w Paryżu 6, w Warszawie 6. Z odry umarło: w Wiedniu 5, w Pradze 4, w Hamburgu 14, w Paryżu 18, w Londynie 18, w Petersburgu 17. Z płonicy umarło w Tarnowie i Czerniowcach po 1; w Paryżu 13, w Londynie 24, w Petersburgu 1. Z duru umarło w Wiedniu 4, w Pradze 7, w Bernie 2. Z krztuśca umarło w Stanisławowie i Tarnowie po 1, w Wiedniu 6, w Amsterdamie 7, w Paryżu 8, w Londynie 80. Z dławca i błonicy umarło w Wiedniu 6, w Berlinie 18, w Lipsku 7, w Paryżu 40, w Londynie 33, w Kopenhadze 8, w Chrystyjanii 10, w Petersburgu 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,7; we Lwowie 38,5; w Brodach 20,3; w Drohobyczu 68,1; w Kołomyi 35,7; w Przemyślu 18,3; w Stanisławowie 34,9; w Tarnopolu 28,7; w Tarnowie 44,5; w Czerniowcach 46,6; w Warszawie 23,8; w Poznaniu 26,1; w Wiedniu 28,5; w Salcburgu 32,8; w Gracu 38,0; w Tryjeście 37,5; w Insbruku 30,3; w Pradze 30,1; w Bernie 33,8; w Ołomuńcu 43,4; w Berlinie 18,9; we Wrocławiu 30,9; w Gdańsku 27,8; w Dreźnie 20,5; w Hamburgu 23,2; w Kolonii 19,9; w Lipsku 19,8; w Mnichowie 28,8; w Strasburgu 33,7; w Amsterdamie 24,6; w Brukseli 28,4; w Budapeszcie 35,6; w Kopenhadze 25,1; w Londynie 19,5; w Odesie 26,2; w Paryżu 26,6; w Petersburgu 32,9; w Rzymie 32,9; w Stokholmie 19,9; w Wenecyi 32,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 maja. W poniedziałek d. 7 bm. Dr. Józef Oettinger, profesor historyi medycyny w Uniw. Jagiell., kończy 70ty rok życia swego. Wydział lekarski oraz obadwa krajowe Towarzystwa lekarskie postanowiły w sposób godny i uroczysty uczcić rozliczne zasługi szan. Jubilata. W ciężkich czasach, jakich niestety doczekaliśmy się na schyłku wieku 19go, cześć, oddana dobrowolnie Mężowi pracy wytrwałéj a skromnéj, jest chlubną nietylko dla Jubilata ale i dla społeczeństwa naszego. Szczegółową sprawę o uroczystości zdamy w numerze przyszłym.

* W sobotę d. 28 kwietnia Dr. Andrzej Walentowicz odbywszy poprzednio przepisane akty celem uzyskania *veniae legendi* z policyi weterynarskiéj, miał wykład habilitacyjny w obec grona profesorów Wydziału lek. i uczniów uniwersytetu. Prelegent mówił „o zaraźliwém zapaleniu płuc i opłucny u bydła w Galicyi". Wydział uznawszy wykład za odpowiedni nadał kandydatowi *veniam legendi* z policyi weterynarskiéj i przedstawił akt cały Ministerstwu do zatwierdzenia.

* Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. przedstawił Dr. Sondermayer kobietę operowaną w klinice chirurgicznéj tutejszéj z powodu mięsaka po stronie wyprostnéj łokcia prawego, u któréj ubytek w skórze pokryto płatem z podbrzusza ze skutkiem znakomitym; doc. Jaworski mówił o nadmiernem wydzielaniu kwasu wolnego w żołądku. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos: prof. Rydygier, Dr. Hempel, prof. Obaliński i Dr. Krokiewicz. Dr. Jaworski okazał ulepszony przyrząd Dra Czyrniańskiego do wydobywania treści żołądka i objaśnił użycie tego narzędzia na osobie żywéj. W dyskusyi przemawiali doc. Mars i dr. Gros.

* Wydział lekarski na posiedzeniu swém z d. 27 kwietnia zamianował kand. med. Piątkowskiego asystentem a kand. med. Czaplińskiego demonstratorem przy katedrze fizyjologii. Dotychczasowy asystent Dr. Idziński ustąpił dobrowolnie z posady swéj.

* D. 30 kwietnia odbyło się w sali Akademii Umiejętności posiedzenie Komisyi balneologicznéj Tow. lek. krak., na którém uchwalono: 1) przyłączyć się do postanowionego przez Komisyję przemysłową tegoż Tow. ogłoszenia w pismach publicznych odezwy w sprawie zdrojowisk krajowych i wydania „Rocznika Zdrojowo-Kąpielowego"; 2) wysłać na tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie delegata, któryby tamże przemawiając w sprawie zdrojowisk polskich, propagował potrzebę licznego udziału w zamierzonym Zjeździe balneologicznym w Krakowie. Następnie odbyła się ożywiona dyskusyja „o użyciu wzierników kąpielowych" z powodu odczytu o tym przedmiocie mianego przez doc. Dra A. Marsa na poprzedniém posiedzeniu. Na ostatek Dr. Wład. Ściborowski miał odczyt o Szczawnicy i pożądanych

w niéj ulepszeniach wszelkiego rodzaju zakończony odpowiednią dyskusyją.

* Ministrem Oświecenia Królestwa serbskiego mianowany został Dr. Władan Gieorgiewicz, b. burmistrz białogrodzki i szef spraw sanitarnych, lekarz znakomity, uczeń uniwersytetu wiedeńskiego.

* **Odznaczenie**. Profesor zwyczajny zoologii w Uniw. Jagiell. Dr. Maksymilijan Nowicki otrzymał order korony żelaznéj III klasy z uwolnieniem od taksy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec**. Prof. kliniki lekarskiéj mianowany prof. Lichtheim z Berna szwajcarskiego. — **Wrocław**. Docent Rosenbach mianowany prof. nadzw. — **Hala**. Fizyk obwodowy Dr. Riesel habilitował się jako docent medycyny rządowéj. — **Berlin**. Prof. Ewald mianowany prymaryjuszem oddziału wewn. szpitala Augusty. — **Petersburg**. Dr. Sadowen habilitował się jako docent patologii w Akademii lekarskiéj.

* **Wiadomości osobowe**. P. Namiestnik zamianował lekarzem powiatowym w IX randze Dra Alojzego Rotha w Bochni; lekarzami powiatowymi w X randze asystentów sanitarnych: Dra Henryka Lica w Brzozowie i Dra Ignacego Jendl-Sausenhofena w Starém mieście; asystentami sanitarnymi: Dra Jana Danielskiego w Gródku i Dra Kazimierza Przetockiego w Horodence, a przeniósł lekarzy powiatowych: Dra Zenona Frydmana z Gródka do Nadworny, Dra Kajetana Wolańskiego ze Złoczowa do Stanisławowa, Dra Eustachego Zaleskiego ze Stanisławowa do Złoczowa, Dra Adama Skibickiego z Horodenki do Brzeżan, Dra Jana Radka z Nadworny do Sanoka.

Przy awansie majowym mianowany został jeneralnym lekarzem sztabowym starszy lekarz sztabowy 1éj kl. Dr. Michał Waldstein, szef sanitarny 2go korpusu w Wiedniu, lekarzem sztabowym lekarz pułkowy Dr. Ludwik Poglies we Lwowie, lekarzami pułkowymi 2éj kl. starsi lekarze Drowie Józef Madeyski i Bogumił Bieńkowski.

* **Nekrologija**. W Anglii umarł Dr. Franciszek de Chaumont, profesor higijeny wojskowéj w Netley, znany jako znakomity higijenista.

W d. 28 kwietnia b. r. umarł w Przemyślu po długich cierpieniach Dr. Józef Studziński, członek Tow. lek. galic. Zmarły odznaczał się nader rozległą i głęboką wiedzą, rzadką sumiennością i gorliwością w pełnieniu obowiązków swego powołania i prawym charakterem. Liczny orszak publiczności biorącéj udział w pogrzebie świadczył o powszechnéj sympatyi, jaką zmarły umiał sobie pozyskać. Pozostawił wdowę i dwoje małych dziatek. Cześć pamięci godnego kolegi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Nenckiego: O hematoporfirynie; Szadka: Chirurgiczne leczenie dymienic wenerycznych (c. d.). — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 4: Krówczyńskiego: Główne grzechy wychowania fizycznego. — W *Medycynie* Nr. 16: Stępniewskiego: Sprawa ospowa u nas (c. d.).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. J. Sk. w Mohylowie Podolskim. Najlepszéj informacyi udzieli p. Dr. Daniel Wierzbicki, adjunkt przy obserwatoryjum w Krakowie (Wesoła, Obserwatoryjum).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.